

ANNEE 1937

THÈSE

N°

678

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean-Lucien DE LEMOS

né le 23 Mai 1910, à Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RUPTURES UTÉRINES PENDANT L'ACCOUCHEMENT

Président : M. COUVELAIRE, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1937

ANNEE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean-Lucien DE LEMOS

né le 23 Mai 1910, à Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RUPTURES UTÉRINES PENDANT L'ACCOUCHEMENT

Président : M. COUVELAIRE, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1937

2. — Professeurs

		MM.
Anatomie		ROUVIERE
Physiologie		Léon BINET
Physique médicale		STROHL
Chimie médicale		POLONOVSKI.
Bactériologie		Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale		ERUMPT.
Pathologie médicale et générale		BAUDOUIN
Pathologie médicale		ABRAMI.
Pathologie chirurgicale		HEVASSU
Anatomie pathologique		ROUSSY.
Histologie		CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale		TUETNEAT
Thérapeutique		HARVIER.
Hygiène et médecine préventive		TANON.
Médecine légale		BALTHAZAR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée		LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie		FIESSINGER
		Maur. VILLARET
Clinique médicale		LOEPEP.
		CARNOT.
		Marcel LABBE
		CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance		LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants		NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux		GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses		LEMIERRE
		CUNEO.
Clinique chirurgicale		GOSSET.
		GREGOIRE
Clinique ophtalmologique		LENORMANT
Clinique urologique		TERRIEN.
		MARION.
Clinique d'accouchements		ERINDEAU
		COUVELAIRE
Clinique gynécologique		JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		MOCQUOT
Clinique thérapeutique médicale		OMBREDANNE
Clinique oto-rhino-laryngologique		RATHERY
Clinique thérapeutique chirurgicale		LEMAITRE.
Clinique propédeutique		Pierre DUVAL
Clinique de la Tuberculose		SERGEANT
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		BEZANCON
Clinique cardiologie		MATHIEU
		LAUBRY
Professeurs sans chaire		HOVELACQUE
		MULON.
		OLIVIER
		VERNE

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM
AMELINE.....	Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART
BARIETY	Pathologie médicale.	D'ALLAINES.
BENARD Henri	Pathologie médicale.	DE GENNES...
BERNARD Et... ..	Pathologie médicale.	GAYET
BESANÇON (J.)	Hydrologie.	GIROUD
BOULIN	Pathologie médicale.	HAGUENAU ...
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN
CATHALA	Pathologie médicale.	HAZARD
COSTE	Pathologie médicale.	HUGUENIN ...
FEY	Pathologie médicale.	Hygiène.
DOGNON	Physique.	LACOMME
FUNCK	Urologie.	LANTUEJOUL..
BRENTANO		LAROCHE Guy.
GASTINEL	Pathologie chirurgicale.	LELONG
GALLIARD	Parasitologie.	
CHEVALLIER	Bactériologie.	

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT	

DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.

M^{re}.

PIEDELIEVRE ..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIERS	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY	
BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.

LARDENNOIS ...	Pathologie chirurgicale
LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU	
LEMAIRE	Parasitologie
PHILIBERT ..	Bactériologie.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale	
AUBERTIN		
BRULE		
CHABROL		
CHIRAY		
DONZELOT		
DUVOIR		
LIAN		
PASTEUR		
VALLERY-RADOT ..		
SEZARY		

MM.

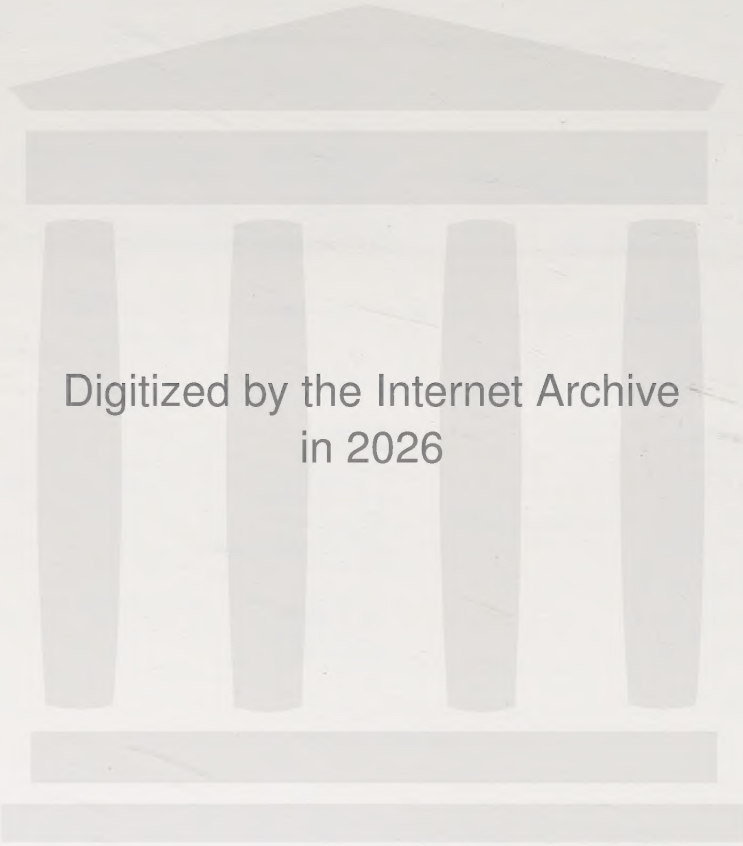
BASSET	} Clinique chirurgicale	
BROCQ		
CADENAT		
GATELLIER		
HEITZ-BOYER ..		
MOURE		
QUENU		
SCHWARTZ		
VELTER	} Clinique obstétricale	
ECALLE		
LE LORIER		
LEVY-SOLAL		
METZGER		

V. Chargés de cours

MM

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
PHILIBERT, agrégé...	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Mort pour la France

A MA MERE

Faible témoignage de ma profonde affection et de ma reconnaissance.

A MON FRERE

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Professeur COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale et gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a fait le grand honneur de pré-
sider cette thèse. Je lui exprime toute ma
reconnaissance.*

A Monsieur le Docteur DEVRAIGNE

Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière

*Qui fut mon Maître en obstétrique et
dont l'enseignement vivant me sera très
précieux.*

A Monsieur le Docteur Jean RAVINA

Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière

Qui a bien voulu me guider de ses conseils et m'inspirer ce sujet. Qu'il trouve ici l'expression de toute ma gratitude.

A Monsieur le Docteur P. PRUVOST

Médecin de l'Hôpital Tenon

*Qui m'a accueilli dans son service avec
une grande bienveillance. Ce dont je lui
suis profondément reconnaissant.*

A Monsieur le Docteur Robert DUPONT

Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Chirurgien-chef de l'Hôpital de Mantes

*A qui j'exprime ma gratitude pour l'ac-
cueil qu'il m'a toujours réservé lorsque
j'étais interne dans son service.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur CLERC.

Monsieur le Professeur CLAUDE.

Monsieur le Professeur CUNEO.

Monsieur le Professeur GUILLAIN.

Monsieur le Professeur LEMIERRE.

Monsieur le Professeur MOCQUOT.

Monsieur le Professeur SERGENT.

Monsieur le Docteur HALLÉ.

Monsieur le Docteur RAVALT (*in memoriam*).

Monsieur le Docteur PAGNIEZ.

INTRODUCTION

Notre intention n'est pas de reprendre ici l'étude complète des ruptures utérines, mai simplement d'insister sur quelques points particuliers qui présentent un intérêt pronostique, diagnostique et thérapeutique. Ce sont :

I. — Les modifications de la présentation.

II. — Les déchirures vésicales associées à la rupture utérine.

III. — Le rôle des ocytociques dans la production de certaines ruptures.

IV. — L'importance du shock dans le pronostic des ruptures utérines.

Nous tenons à exprimer nos bien sincères remerciement à M. le Docteur RAVINA qui a bien voulu nous guider de ses conseils et nous a permis de reproduire la très belle observation d'une malade qu'il a opérée avec succès, l'intérêt de cette observation étant constitué par les différents points que nous avons cités précédemment et que nous nous proposons d'étudier.

OBS. I. — (Inédite. — M. le Docteur J. RAVINA).

Modification spontanée d'une présentation du siège en présentation de l'épaule au cours d'une rupture utéro-vésicale. — Déchirure importante de la vessie — Hystérectomie. — Suture vésicale. — Guérison.

VIII^e pare, 32 ans, entre à l'Hôpital Beaujon le

9 août 1936, à 6 h. 30, venant de chez elle. Début du travail : deux heures auparavant.

La rupture des membranes s'est faite peu après le début du travail. Les contractions sont devenues de plus en plus fortes et la femme a même commencé à pousser. Alors que les accouchements antérieurs étaient très rapides, celui-ci traînait. La sage-femme ayant constaté une présentation anormale prit la décision d'envoyer la malade à l'hôpital.

A l'entrée on constate :

que la dilatation est à grande paume, les bruits du cœur sont bons. Présentation du siège complet. Température 37°.

A 7 heures, la dilatation est presque complète.

A 7 h. 15, dilatation complète, on engage la femme à pousser, les bruits du cœur sont toujours normaux, mais les contractions s'espacent et le siège ne progresse pas. On fait alors une injection de 5 unités d'hypophyse qui donne des contractions toutes les 3 ou 4 minutes.

A 8 heures, le siège progresse très lentement, les bruits du cœur sont toujours normaux.

A 8 h. 30, les contractions sont de plus en plus espacées et le siège ne bouge pas.

A 9 h. 15, la femme est très fatiguée, assez pâle, pouls à 100. Il existe une contracture assez marquée du corps utérin qui est dévié à gauche, se moulant semble-t-il sur le fœtus, tandis que le segment inférieur très distendu fait saillie sur la droite. Les bruits du cœur paraissent très ralentis; on fait deux injections de spasmalgine pour modifier la contracture, mais ces injections restent sans résultat.

Je vois la femme à ce moment, alors que l'interne s'apprête à faire une extraction du siège. Je suis très frappé par cette énorme distension du segment inférieur et pense immédiatement à la rupture faite ou imminente.

Au toucher, on constate qu'une main est presque à la vulve où l'on note l'écoulement d'une faible quantité de sang noirâtre.

L'auscultation fait constater la disparition des bruits du cœur.

Je pense qu'il s'agit d'une rupture utérine déterminée par la présentation de l'épaule méconnue prise pour un siège et déclenchée par l'injection du lobe postérieur d'hypophyse.

En réalité au début du travail il s'agissait bien d'un siège. Après l'intervention, l'examen du fœtus montra qu'il existait une volumineuse bosse séro-sanguine au niveau des bourses, du pied gauche et du genou droit, alors que la main était indemne de toute infiltration.

La transformation de ce siège en une présentation

transversale s'est donc produite au moment de la rupture utérine.

La femme est fatiguée, un peu pâle, mais ne paraît nullement shockée, l'état général est satisfaisant; la femme s'inquiète seulement de la durée inhabituelle de cet accouchement et demande qu'on la délivre.

On sonde la malade et on ne retire pas d'urine mais du sang pur.

A 10 heures (donc 6 heures après les premières contractions), on pratique une laparotomie. Après ouverture de la paroi, on constate l'existence d'une petite quantité de sang dans la cavité péritonéale (300 gr. environ).

Le fœtus et le placenta sont dans l'abdomen, l'utérus dévié à gauche surplombe le fœtus qui est situé transversalement, siège à gauche et tête à droite.

L'utérus présente une rupture complexe.

Il existe :

1° Une déchirure transversale sur presque toute la face postérieure du segment inférieur, compliquée d'une déchirure remontant le long du bord droit.

2° Une rupture médiane verticale de la face antérieure de ce segment inférieur.

La déchirure antérieure s'étend au col et à la paroi antérieure du vagin.

Devant de tels dégâts, on pratique une hystérectomie sub-totale. Les deux moitiés droite et gauche du col et la paroi antérieure du vagin sont rapprochées par quelques points de catgut.

L'exploration de la vessie montre une large déchirure.

rure verticale s'étendant sur 10 cm. environ, située sur la face postérieure de la vessie.

Partant du sommet de celle-ci et se terminant au trigone, elle correspond à la déchirure utéro-vaginale.

Suture de la vessie en deux plans au fil de lin, sur-jet vésico-sigmoïdien excluant la vessie, mise en place d'un Mickulicz paroi fermée en un plan par des crins doubles, sonde de Petzer dans la vessie.

Les suites opératoires furent aussi satisfaisantes que possible. La température ne dépassa pas 38° pendant les trois premiers jours, puis baissa pour remonter ensuite aux alentours de 38°. Cette légère fièvre était due à une infection urinaire.

Fait important : la malade ne présenta aucun signe de shock; pas plus après cette rupture extrêmement importante et grave qu'après l'intervention chirurgicale qui fut pourtant assez longue.

Le Mickulicz est enlevé assez rapidement et la cicatrisation se fait normalement.

Du côté vésical, les résultats furent bons, bien que le premier jour la sonde ait été obstruée par un caillot et qu'une certaine quantité d'urine se soit écoulée par le vagin. La sonde est changée le lendemain et l'urine s'écoule ensuite régulièrement. La sonde est laissée 12 jours afin de permettre la cicatrisation de la plaie vésicale.

L'examen cyto-bactériologique des urines, qui étaient très troubles, montra la présence de pus et de bactéries abondantes (colibacilles, entérocoques).

La guérison fut complète et la malade, lorsqu'elle quitta le service, le 26 septembre, ne présentait aucun trouble urinaire.

CHAPITRE PREMIER

LES MODIFICATIONS DE LA PRESENTATION AU COURS DES RUPTURES UTERINES

Il est classique d'observer dans les ruptures utérines une ascension de la présentation. L'enfant qui était plus ou moins engagé dans la filière pelvienne ou mobile au détroit supérieur remonte au moment de la rupture ; il y a en quelque sorte régression de la présentation et le plus souvent disparition, puisque l'enfant est expulsé de l'utérus dans la cavité péritonéale : plus rien ne se présente au détroit supérieur.

Beaucoup plus rarement un autre phénomène peut être constaté : la modification spontanée de la présentation. La malade observée par M. le Docteur Ravina a permis de noter ce signe peu fréquent : transformation d'une présentation de siège en présentation de l'épaule. Nous n'avons trouvé que deux observations où cela était mentionné.

Dans la première (observation V de Madame Henry, à la Maternité — in Bonnaire) : au début du travail il s'agissait d'une présentation de l'épaule, après quelques contractions, il y eut transformation spontanée de l'épaule en présentation céphalique avec procidence d'un bras et du cordon.

Dans la seconde, il s'agit d'une présentation du front, qui à dilatation s'est transformée en face franche.

OBS. II.— (P. BALARD — *La Puériculture*, 10 mars 1936)

Transformation de la présentation au cours d'une rupture utérine spontanée. — Forceps. — Mort.

III^e pare conduite un matin dans le service par sa sage-femme qui arrive souriante au moment de la visite ; elle nous dit avoir constaté une présentation de la face et n'a pas voulu laisser pratiquer cet accouchement par un médecin de campagne. Elle n'a rien vu du drame qui vient de se dérouler sous ses yeux.

Début du travail vers 3 heures du matin, qui se poursuit normalement. Vers 6 heures du matin, la tête ne s'engageant pas et la dilatation étant complète, la sage-femme diagnostique une présentation de la face. *Il s'agit d'un front qui s'est tardivement transformé en face franche comme l'a démontré la bosse séro-sanguine.*

Le travail s'arrêta à l'engagement de la face sans que s'achève la rotation, parce que l'utérus surmené dans son effort venait de se rompre. En arrivant dans la salle de travail, nous sommes frappés par l'état de la malade : faciès absolument décoloré, nez pincé, pupilles dilatées, sueurs froides, dyspnée, plus de poulx.

En même temps que l'on traite l'état général, je pratique l'accouchement qui est réalisé en quelques mi-

nutes. Forceps sur la face dans l'excavation en OIDA.

Revision utérine immédiate. Ma main passe dans une énorme brèche du bord droit de l'utérus.

On se met en devoir de pratiquer une laparotomie et avant même qu'on ait eu le temps de se préparer, la malade rendait le dernier soupir, sous les yeux de la sage-femme à qui j'ai fait vérifier l'existence de la brèche utérine, pour qu'elle se rende compte de la cause du décès qu'elle n'avait pas encore entièrement réalisée.

Il s'est donc produit une rupture ayant intéressé une zone vasculaire qui s'est sans doute étendue au moment du transport et qu'il eut mieux valu prévenir par un diagnostic précoce de la dystocie.

Au cours des ruptures utérines, trois éventualités sont à envisager :

1° le fœtus reste en entier dans la cavité utérine. Ceci ne se produit que si la partie fœtale est très engagée.

2° le fœtus est partiellement dans l'abdomen, un bras ou la tête passant par la brèche utérine. M. Car-taux, sur 52 observations, ne l'a noté qu'une fois pour un front qui était resté retenu au détroit supérieur.

3° le fœtus a quitté complètement, avec ou sans le placenta, la cavité utérine et se trouve parmi les anses intestinales.

Cette troisième éventualité correspond à la très grande majorité des cas.

Sous l'influence des contractions du muscle utérin,

l'enfant est chassé brutalement dans la cavité péritonéale. L'utérus vide se rétracte sur lui-même. La palpation pratiquée peu de temps après la rupture permet alors de constater l'existence de deux tumeurs, l'une petite régulière, arrondie, plus ou moins déviée latéralement et basse, située correspondant au globe utérin, l'autre plus volumineuse, irrégulière, répondant à l'enfant dont on perçoit facilement les différentes parties. Les membres paraissent superficiels, directement sous la paroi abdominale, la tête dure, régulière, donne le signe du ballottement. Parfois, le fœtus donne un véritable phénomène du glaçon.

La position ne correspond plus à celle qui avait été notée au début du travail. Elle paraît beaucoup plus allongée, les membres détendus semblent très éloignés de l'extrémité céphalique.

On a signalé quelquefois des signes beaucoup plus rares :

1° lorsque le fœtus est passé presque en entier dans la cavité abdominale, mais que la présentation reste fixée au détroit supérieur, le toucher, en remontant légèrement cette dernière, la dégage et lui permet de fuir d'un seul coup. La malade se rend quelquefois compte de ce mouvement et annonce qu'elle sent remuer.

2° lorsqu'une tête fœtale, dans certains cas de ruptures utérines, subit des mouvements de va et vient du périnée au détroit supérieur, s'élevant pendant les contractions et s'abaissant pendant les périodes de repos.

Ces mouvements paradoxaux de la présentation ont été expliqués par Sappey de la façon suivante : le fœtus étant resté dans l'utérus et la rupture siégeant sur le segment inférieur, la contraction peut persister et déterminer par son action directe sur le fœtus son ascension, comme elle avait causé celle de l'anneau de Bandl.

Les modifications des présentations sont presque aussi rares que ces deux éventualités précédentes.

Laffont et Bonafos insistent bien sur le fait qu'un fœtus se présentant par le sommet peut, après la rupture présenter dans l'aire de dilatation : l'épaule, le dos, l'abdomen, la tête ayant fui. Mais si cette hypothèse est parfaitement logique, elle ne se trouve vérifiée que très rarement en pratique. Cependant cette modification de présentation est particulièrement importante à connaître, car elle peut avoir un intérêt considérable.

Nous insistons sur ce fait qu'elle sera reconnue grâce au siège de la ou des bosses séro-sanguines.

C'est ainsi que dans l'observation du Docteur Ravina, avec une présentation terminale de l'épaule, il y avait une bosse séro-sanguine portant sur les testicules, le genou, le pied.

La première impression du Docteur Ravina en examinant la malade fut qu'une erreur de diagnostic avait été faite, aussi bien par la sage-femme de ville qui avait envoyé la femme que par la sage-femme de l'hôpital qui l'avait reçue, et que l'on avait prise une présentation de l'épaule pour une présentation du siège.

La situation des bosses séro-sanguines a permis de rétablir la vérité sur la première présentation et de dégager ainsi la responsabilité des personnes qui avaient surveillé les premières phases de cet accouchement,

Il faut donc se rappeler :

1° que les modifications de présentation sont rares mais possibles au cours de la rupture utérine. Elles ont la même valeur diagnostique que la « disparition » de la présentation qui, elle, est fréquente.

Elle devra immédiatement faire penser à une rupture utérine et devra en faire rechercher les autres symptômes, soit nets, soit à peine marqués, comme dans certaines ruptures insidieuses. (M. Devraigne).

2° il faut se rappeler que le diagnostic de la première présentation peut et doit être fait par l'examen des bosses séro-sanguines, examen qui présente non seulement un intérêt médical mais nous dirons même un intérêt médico-légal.

CHAPITRE II

LES RUPTURES DE VESSIE AU COURS DES RUPTURES UTERINES

La rupture de l'utérus gravide est susceptible d'entraîner celle de la vessie. Cette éventualité est peu fréquente; Scipidès donne une proportion de 8 %. Ce pourcentage semble beaucoup trop élevé, la déchirure de la vessie étant exceptionnelle. Parmi plusieurs centaines d'observations que nous avons lues, cette complication n'était mentionnée que 13 fois.

Le traitement des déchirures de vessie, du fait de leur rareté, est encore très discuté. Il est indiqué dans les traités de Velpeau, Pajot, Cazeaux. Tarnier considère la rupture vésicale comme la complication offrant le plus de gravité au cours d'une rupture utérine, et il insiste sur le traitement qu'il convient de suivre. Bonnaire publie 5 observations de ruptures vésicales et il conclut à un traitement chirurgical d'urgence. Nous retrouvons une observation dans la thèse de Brossard.

C'est Monsieur Bouilly qui, en 1887, pratiqua la première intervention pour une déchirure de vessie compliquant une rupture utérine. Bar et Monsieur le Professeur Brindeau signalent la rareté des déchirures de vessie mais insistent sur leur gravité.

Dans la thèse de Dambier, nous trouvons 10 observations de ruptures utéro-vésicales dont trois furent suivies de résultats heureux.

Il y a lieu de classer les lésions de la vessie de la façon suivante :

1° *Les ruptures spontanées.* — La rupture de l'utérus grévise entraînant directement celle de la vessie. Elles ne se rencontrent que dans les déchirures complètes et étendues.

2° *Les ruptures traumatiques.* — Produites par des manœuvres obstétricales, — en particulier les versions — sont souvent favorisées par un état particulier de fragilité des tissus, consécutif à un travail prolongé.

Nous laisserons bien entendu de côté les lésions tardives survenant vers le huitième ou dixième jour et dues à une chute d'escarre. Elles se manifestent par l'apparition de fistules utéro-vésicales ou vésico-cervicales. Les ruptures immédiates sont extrêmement graves et nécessitent un traitement chirurgical d'urgence, tandis que les lésions tardives ont un pronostic vital moins sombre, mais entraînent de gros troubles fonctionnels, l'oblitération des fistules nécessitant une nouvelle intervention.

SYMPTOMATOLOGIE.

Les signes de la rupture vésicale passent au second plan derrière ceux de la rupture utérine qui dominent la scène.

La déchirure vésicale se manifeste en effet par des signes qui peuvent passer inaperçus, et ainsi n'être découverte qu'au moment de l'intervention.

1° Il existe une hématurie associée à un écoulement vaginal constitué de sang et d'urine. Ce signe manque souvent, l'urine s'épanche beaucoup plus facilement dans le péritoine que dans les voies génitales. La déchirure de la vessie est béante et communique directement avec la cavité péritonéale. Le contenu passe très facilement dans cette cavité, la brèche utérine étant plus ou moins oblitérée par la rétraction du muscle utérin.

Il y a un examen qui permettra de faire le diagnostic de rupture de la vessie avant l'intervention : c'est le cathétérisme vésical. Il devra être pratiqué avant toute manœuvre obstétricale importante telle que la version, car la constatation de sang dans la vessie fera soupçonner l'existence d'une déchirure. Ce fait a une grande importance au point de vue médico-légal, parce qu'il dégage la responsabilité de l'accoucheur, la rupture de la vessie pouvant être spontanée (Obs. I, III, IV, V, XI) et exister avant toute manœuvre obstétricale.

Le cathétérisme vésical a été préconisé par de nombreux auteurs comme moyen de diagnostic (Pignard, MM. Brindeau, Lemeland, Laffont).

Résultats fournis par le cathétérisme vésical :

a) la sonde ramène une urine sanguinolente, généralement une très faible quantité (Obs. IV, XIII).

b) le plus souvent, on obtient du sang pur (Obs. I, VI, VII, IX, X, XII).

c) la sonde introduite très doucement pénètre à une profondeur inhabituelle.

Certains auteurs préconisent le toucher intra-utérin combiné avec l'exploration à la sonde de la vessie. Lorsque les déchirures vésicales et utérines coïncident, la sonde vient directement au contact de la main intra-utérine.

De la présence de sang dans la vessie, il ne faut pas conclure immédiatement à la déchirure vésicale. L'hématurie n'a rien de pathognomonique, elle peut se voir sans grosse lésion vésicale dans les accouchements laborieux et prolongés. La simple contusion risque de provoquer une hématurie, l'hémorragie peut n'être qu'intra-vésicale et résulter de la pression longtemps exercée de la tête fœtale au niveau du détroit supérieur. Pour Tarnier : « il peut y avoir un simple état congestif de la muqueuse avec déchirure de petits vaisseaux superficiels ». Il est assez fréquent, lorsqu'on sonde la femme avant de l'opérer pour rupture utérine, de recueillir une urine légèrement teintée de sang sans qu'il y ait pour cela de déchirure vésicale.

Le diagnostic de la rupture vésicale peut n'être fait qu'après l'incision de la paroi abdominale. Au cours de l'intervention, il sera nécessaire d'examiner attentivement la face postérieure de la vessie, puisque la déchirure siège presque toujours en cette région. Dans les 12 observations reproduites ici, la lésion siégeait toujours sur la face postérieure, une seule fois elle intéressait aussi le côté gauche (Obs. VIII). Le cathétérisme vésical a permis de porter le diagnostic de lésion vésicale 10 fois sur 12; c'est donc un examen très utile, très simple, que l'on ne saurait négliger. Une seule fois le diagnostic n'avait pas été fait (Obs. IX).

MÉCANISME DES RUPTURES VÉSICALES.

Anatomiquement, la face postérieure de la vessie est en rapport avec la face antérieure de la région cervicale de l'utérus et de l'isthme dont elle est séparée par un repli péritonéal. Ces rapports varient avec l'état de vacuité de la cavité vésicale ; utérus et vessie sont assez indépendants et peuvent facilement glisser l'un sur l'autre.

La déchirure de l'utérus déjà peu fréquente (0,4 ‰ Scipades à 1,2 ‰ Labenstine) n'entraînera qu'exceptionnellement celle de la vessie.

Pendant le travail, et c'est à ce moment que se font la majorité des ruptures utérines, le segment inférieur est directement en contact avec la face postérieure de la vessie. La présentation par l'intermédiaire du segment inférieur, comprime la vessie contre la face postérieure de la symphyse pubienne, une déchirure du segment inférieur pourra se propager à la vessie. Cela se voit dans les ruptures très importantes et étendues, lorsqu'il y a un véritable éclatement du segment inférieur (Obs. I, XII). Ces lésions très étendues intéressent à la fois l'utérus, le vagin, la vessie.

Des ruptures aussi graves sont favorisées par l'état de moindre résistance des tissus, soumis à une compression prolongée et dont la vascularisation est très troublée.

Bonnaire a montré par quel mécanisme se faisaient ces déchirures. Il y a d'abord attrition de l'organe par compression entre la tête et le pubis, puis le segment inférieur éclatant sous l'influence de la contraction

utérine, la déchirure s'étend facilement à la paroi vésicale rendue très friable. Cette lésion se fait en deux temps.

Dans le premier temps, sous l'influence de contractions énergiques, il se fait au niveau de la face postérieure de la symphyse pubienne une compression s'exerçant sur la vessie et l'utérus, amenant en ce point une attrition des tissus et une petite solution de continuité qui fait communiquer les deux organes.

Dans un deuxième temps, le segment inférieur continuant à se distendre progressivement au-dessus du point comprimé et déjà perforé, il se produit par éclatement, à partir de cette zone, une déchirure plus ou moins grande de la vessie. De telles ruptures sont si importantes qu'elles peuvent intéresser les autres organes voisins (vagin, rectum) ce qui en augmente beaucoup la gravité.

La déchirure vésicale dont les bords se rétractent devient difficile à repérer au cours de l'intervention.

Parfois les bords sont ecchymotiques, déchiquetés et très friables, rendant toute suture impossible (Obs. VII, X) dans d'autres cas, ils sont nets, rectilignes, la plaie étant bien limitée et dans cette forme, la suture a le plus de chances de donner un bon résultat.

Le siège de la déchirure vésicale est toujours sur la face postérieure à direction transversale (Obs. IV, VI, X, XI), rarement verticale (Obs. I, XII) souvent très étendue, allant de 3 à 10 cm. La brèche vésicale siège dans la partie haute du triangle utéro-urétral de Lieutaud. La proximité de la déchirure et des orifices

urétraux a une grande importance au sujet du traitement. Elle n'existait que dans deux cas (Obs. I, XII).

Un autre facteur peut intervenir dans la production des ruptures de la vessie, c'est la formation d'adhérences entre la vessie et le segment inférieur. Leur origine peut être inflammatoire et Monsieur le Professeur Brindeau pense que des adhérences vésico-utérines peuvent apparaître après une section césarienne, surtout à la suite d'une césarienne basse, supra-symphysaire. Les adhérences vont rendre solidaires les deux organes et il ne sera pas surprenant que la rupture de l'un entraîne celle de l'autre. Les ruptures utérines sont heureusement fort rares après les césariennes basses : 0,28 % tandis que pour les césariennes corporéales elles atteignent 2 à 6 %.

Parmi les 12 malades dont nous reproduisons les observations, aucune ne présentait dans ses antécédents d'interventions sur le muscle utérin. Mais il est logique de penser que si les césariennes itératives n'étaient pas faites aussi rapidement et les malades aussi bien surveillées, on verrait un certain nombre de ruptures utéro- vésicales.

Après toute intervention obstétricale difficile, laborieuse, il est nécessaire d'explorer la vessie, de pratiquer un cathétérisme à l'aide d'une sonde rigide ; l'hématurie dans les ruptures vésicales ne manque presque jamais.

Une femme présentant des signes de rupture utérine et chez qui un cathétérisme aura montré la présence de sang dans la vessie présente très probablement une

rupture vésicale. Les déchirures utéro-vésicales sont extrêmement graves, la mort survient généralement quelques heures après l'accident au milieu de phénomènes de shock et parfois d'hémorragie. Elle peut survenir dans les jours suivants par infection ou complications.

Souvent il persistera une fistule vésicale qui sera oblitérée plusieurs mois après.

Sur 12 observation de ruptures utéro-vésicales on note :

- 4 guérisons complètes ;
- 1 guérison avec persistance d'une fistule ;
- 7 décès.

Le pronostic est donc très sombre et dépend de la rapidité de l'intervention.

TRAITEMENT.

Après ablation de l'utérus, plusieurs techniques peuvent être utilisées pour traiter la brèche vésicale.

Deux procédés :

1° suture immédiate de la déchirure vésicale.

2° rétrécissement de la plaie vésicale, drainage important destiné à créer une fistule qui sera fermée dans un second temps.

Le premier procédé s'applique aux déchirures à bords nets; lorsque l'état de la femme n'est pas trop alarmant et permet la suture assez délicate, puisqu'il est nécessaire de la faire en plusieurs plans.

Le deuxième procédé est plus rapide, il met à jour la brèche qui est considérée comme une plaie infectée.

Mais dans les deux cas il est nécessaire d'isoler la grande cavité péritonéale du petit bassin en constituant une sorte de toit avec la séreuse, de drainer largement, par la plaie abdominale, le col, le vagin, et de mettre dans la vessie une sonde à demeure.

La technique opératoire n'est pas nettement établie et doit s'appliquer à chaque cas particulier. Le nombre si restreint d'observations publiées ne permet pas de faire préférer un procédé à un autre.

La suture immédiate fut pratiquée par MM. Pinard et Potocki, Ravina, Villar, Guérin, Valmale (résultat : trois guérisons).

La réunion de la plaie vésicale à l'incision abdominale a été employée par MM. Tuffier, Bouilly. Ce procédé a donné deux échecs.

Monsieur Demelin a utilisé une autre technique : enfouissement du moignon cervical à la face postérieure de la vessie, la malade opérée ainsi fut guérie.

Il semble que la technique employée par le Docteur Ravina : suture vésicale en deux plans, isolement de la vessie et de la grande cavité péritonéale par un surjet vésico-sigmoïdien, sonde à demeure, soit une méthode logique susceptible de donner de bons résultats; elle devra être employée chaque fois qu'elle sera possible.

Voici très résumées les observations de ruptures utéro-vésicales que nous avons pu recueillir :

OSB. III. — (Mme LACHAPELLE, *La Maternité*)
(in BONNAIRE, *Archives de Tocologie*, 1891)

Rupture spontanée de l'utérus, essais infructueux de forceps, version. La révision utérine permet de constater la rupture. Une urine sanguinolente continua pendant une journée à s'écouler. Mort le troisième jour. A l'autopsie, l'utérus présentait une rupture, la vessie était déchirée sur une étendue de 3 pouces sur la face postérieure.

OBS. IV. — (BONNAIRE, *La Maternité*, février 1884)

Présentation du sommet, rupture utérine, version podalique. Le cathétérisme vésical ramène très peu d'urine sanglante, on laisse une sonde à demeure.

Autopsie : rupture transversale du segment inférieur ; sur la face postérieure de la vessie, il existe une déchirure transversale de 6 cm. Uretères et bas-fond vésical sont intacts.

OBS. V. — (Mme HENRY, *La Maternité*, sept. 1886)
(in BONNAIRE)

XI^e pare.

Présentation du sommet, procidence d'un bras et du cordon. Avant l'arrivée à l'hôpital on avait constaté une présentation de l'épaule, il y eut donc transformation de la présentation. L'enfant est mort. Le cathétérisme vésical donne une petite quantité de sang. L'état général s'altère rapidement. Extraction de l'en-

fant par version. Revision utérine permettant de constater la brèche. Une sonde introduite dans la vessie vient en contact direct avec la main intra-utérine. Collapsus, mort rapide.

Autopsie : déchirures étendues de la face antérieure de l'utérus et de la face postérieure de la vessie. La cavité péritonéale renfermait une forte quantité de sang.

OBS. VI. — (Docteur BOUILLY, Madame HENRY,
La Maternité, in BONNAIRE)

Présentation en O I G A, fortement engagée, dilatation complète. Plusieurs applications de forceps sans résultat, trois doses d'ergot de seigle. Mauvais état général.

Le cathétérisme ne ramène que quelques gouttes de sang pur. Version, délivrance artificielle qui permet de constater la brèche. Une sonde métallique introduite dans la vessie vient heurter directement la main restée dans l'utérus.

Laparotomie : l'utérus et la vessie sont déchirés transversalement, déchirures irrégulières et étendues empêchant la suture. Rétrécissement de la déchirure vésicale par quelques points. Suture à la paroi abdominale, drainage vaginal et par la plaie opératoire. Mort 20 heures après l'intervention.

OBS. VII. — (In *Thèse* de BROSSARD, Paris, 1889)

Tentatives de forceps, présentation du siège, dilatation complète, enfant mort. Le cathétérisme vésical

donne une grande quantité de sang. Signes généraux graves. Laparotomie pratiquée par M. Tuffier : elle permet de constater une large déchirure de l'utérus et de la vessie qu'il est impossible de suturer. Réunion des plaies utérine et vésicale aux bords de la plaie abdominale, drains, mort 12 heures après l'intervention.

OBS. VIII. — (VILLAR, in *Thèse DAMBIER*, Paris, 1922)

Rupture utérine. Laparotomie 8 heures après l'accident. Il existe une large déchirure allant du col à l'insertion du ligament rond, la vessie est complètement ouverte, déchirure intéressant les faces postérieure et gauche. Suture de la plaie vésicale après abrasion des bords, drainage. Evolution favorable.

OBS. IX. — (MM. DEMELIN et CALVÉ, in *Thèse DAMBIER*)

Enfant hydrocéphale, procidence du bras droit, version, perforation de la tête. Revision utérine qui permet de constater une rupture de l'utérus. Le cathétérisme vésical ne donne qu'une faible quantité de sang. Monsieur Demelin pratique une hystérectomie subtotale, fixation du moignon oblitéré à la face postérieure de la vessie, drain sous-péritonéal, un autre allant du Douglas à la paroi abdominale. La déchirure vésicale était passée inaperçue au cours de l'intervention. Persistance d'une fistule vésicale qui fut opérée trois mois après. Guérison.

OBS. X. - (MM. DEMELIN et CALVÉ, in *Thèse DAMBIER*)

VII^e pare, à dilatation complète, membranes rompues, le toucher fait porter le diagnostic de présenta-

tion du siège mais en réalité les deux omoplates rapprochées simulent cette présentation. On pratique une version, une délivrance artificielle qui permet de constater une rupture du segment inférieur. Hystérectomie subtotale. La déchirure s'étendait à la face postérieure de la vessie dans sa portion sous-péritonéale. Déchirure transversale à bords déchiquetés rendant la suture impossible. Constitution d'un toit péritonéal au-dessus du moignon cervical et du bas-fond vésical. L'urine s'écoule par une sonde à demeure. Drain allant du Douglas à la paroi abdominale. Mort par péritonite trois jours après l'intervention.

OBS. XI. — (MM. PINARD et POTOCKI, in *Thèse DAMBIER*)

IX^e pare à dilatation complète, fœtus mort; il s'est produit une rupture utérine. Le cathétérisme vésical ne donne issue à aucune goutte de liquide. Forceps, délivrance artificielle. Un nouveau cathétérisme vésical donne cette fois quelques gouttes de sang pur. M. le Professeur Pinard porte le diagnostic de rupture vésicale. La laparotomie montre une déchirure de la face antérieure de l'utérus, du cul-de-sac vésico-utérin (segment inférieur, col, vagin, vessie sont intéressés). La déchirure de la vessie est transversale, très étendue, mesurant environ 6 cm. Suture. Guérison.

OBS. XII.— (MM. DEMELIN et CHIRIÉ, in *Thèse DAMBIER*)

IV^e pare, présentation de la face, dilatation, 5 membranes rompues, tête en M S G T ne progressant pas ralentissement des bruits du cœur fœtal. M. Deglaine effectue une application de forceps, procidence du cor-

don, version infructueuse, arrêt des bruits du cœur, utérus tétanisé malgré deux injections de 0,02 de chlorhydrate de morphine. Monsieur Chirié pratique une perforation de la tête, puis applique le basiotribe, extraction du fœtus, délivrance artificielle, La révision utérine montre l'existence d'une rupture. Le cathétérisme vésical ramène du sang. Laparotomie permettant de constater une déchirure de la face antérieure du col et du segment de l'utérus et de la vessie. Hystérectomie supra-vaginale, marsupialisation, cloisonnement par le moignon utérin, la déchirure vésicale n'est pas traitée, drainage; persistance d'une fistule vésico-vaginale de 6 cm. opérée un mois et demi après par M. le Professeur Marion. La déchirure vésicale était longitudinale, située à la face postérieure de la vessie, proche de l'uretère gauche.

OBS. XIII. — (MM. GUÉRIN-VALMALE, ROBIOLIS et GASTON, *Bulletin de la Soc. d'Obs. et de Gyn. Marseille*, 10 mai 1922).

III^e pare, 37 ans, rupture de la poche des eaux quatre jours avant son arrivée, tentative de version en ville pour présentation de l'épaule, la dilatation est complète. L'état général est relativement bon. On pratique une embryotomie, extraction du fœtus, délivrance artificielle. Il existe une large déchirure du segment inférieur. Le cathétérisme vésical ne donne que quelques centimètres cubes d'urine franchement sanglante. On pratique une hystérectomie. Une assez grande quantité de liquide noir, visqueux et fétide se trouve

dans le péritoine. Hystérectomie totale, la vessie était déchirée sur 3 cm. en arrière et à gauche, elle est suturée en deux plans, il existe de nombreux clapiers putrides rétro-vésicaux. Péritonisation, le vagin est maintenu béant par 3 mèches, il constituera un drainage, suture de la paroi abdominale, sonde vésicale à demeure. Etat grave le lendemain, mais bientôt une amélioration se manifeste, la réaction péritonéale est très modérée. Tardivement il se produit une infection légère du rein droit. L'évolution, malgré la persistance de la fistule vésico-vaginale se fait vers la guérison, mais malheureusement la malade meurt d'une complication pulmonaire (pneumonie massive) deux mois après la rupture utéro-vésicale.

CHAPITRE III

ROLE DES PRODUITS OCYTOCIQUES DANS LA PRODUCTION DE CERTAINES RUPTURES UTERINES

La malade, dont nous avons reproduit l'observation, a présenté une rupture utérine à la suite d'une injection d'extrait hypophysaire. Il ne semblait y avoir aucune contre-indication à lui administrer ce produit. La dilatation était complète, la présentation du siège engagée, les accouchements précédents s'étaient effectués sans difficulté et très rapidement.

Devant la rareté des contractions, la menace d'inertie utérine, l'extrait hypophysaire ne pouvait que lui être profitable en ranimant les contractions et amener la terminaison de l'accouchement. Contrairement aux prévisions, c'est la rupture utérine qui eut lieu. Ce n'est pas la première fois qu'un produit ocytocique détermine un accident que rien ne permettait de redouter.

De 1913 à 1921, M. Le Lorier a réuni 53 cas de ruptures utérines après injection d'hypophyse; M. De Cottret dans son referendum en mentionne 50. Dans la thèse de Delteil on trouve 15 cas de ruptures consécutives à différents produits ocytociques et où il n'existait aucune contre-indication. Ce chiffre est impres-

sionnant et montre les dangers de ces médicaments. MM. Séjournet et Braine (Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 8 mai 1922) en donnent un exemple.

Chez une malade où toutes les indications se trouvaient réunies, tête O I G A engagée, dilatation à grande paume, aucune disproportion entre le bassin et la tête fœtale.

Les contractions utérines devenant faibles, espacées et sans effet utile, une injection de 1 cc. d'extrait hypophysaire est faite. Deux minutes après, les contractions sont violentes, tumultueuses et très brutales ; l'utérus revêt une dureté impressionnante; un quart d'heure après, les contractions cessent complètement, le cœur fœtal n'est plus entendu, la rupture utérine est faite.

La femme guérira d'ailleurs, après hystérectomie, mais le pronostic était très grave.

Les contractions utérines dues à l'extrait hypophysaire avaient dépassé l'effet que l'on en attendait puisqu'elles avaient eu pour conséquence la rupture que rien ne permettait de craindre.

Pour Potocki, il faudrait qu'on renonçât à l'extrait hypophysaire au cours du travail, c'est l'opinion de M. le Professeur Couvelaire qui s'abstient d'utiliser ce produit.

MM. Mundel, Lejourne, Cabanes, Laffont, Jahier, Larribère ont rapporté des exemples frappants indiscutables de l'extrême danger des médicaments ocytiques. MM. Brindeau, Couvelaire, Dève et les membres de la Société d'Obstétrique de Bordeaux émirent

le vœu que l'emploi de ces médicaments fut interdit aux sages-femmes. Pinard avait même demandé que l'on ne prononçât pas le nom d'ergot de seigle ni d'ergotine devant les élèves sages-femmes.

CONTRE-INDICATIONS A L'EMPLOI DES OCYTOCIQUES.

Ils ne doivent pas, bien entendu, être utilisés lorsqu'il existe une dystocie quelconque, lorsqu'il y a disproportion entre le volume de la tête fœtale et les dimensions du bassin.

Ces facteurs créent une résistance anormale à l'effort utérin et la conséquence est la rupture. Ce sont les rétrécissements moyens, principalement les rétrécissements légers, insoupçonnés qui sont à l'origine des accidents.

Chez les multipares, les premiers accouchements se sont produits normalement, l'enfant passant très justement dans la filière pelvienne; au cours de l'accouchement suivant, le volume de l'enfant étant plus important, l'utérus présente des signes de fatigue; que l'on pratique une injection d'extrait hypophysaire, la rupture a de fortes chances de se produire.

Pour M. le Professeur M. Brindeau, on ne doit jamais employer de produits ocytociques pour lutter contre une cause de dystocie .

A côté de cette contre-indication primordiale, il en est d'autres défendant l'emploi d'extrait hypophysaire, ce sont :

1° une anomalie du pôle inférieur de l'œuf et à plus forte raison une présentation non eutocique.

2° une insuffisance de dilatation du col utérin.

Les indications proviennent d'une insuffisance fonctionnelle du muscle utérin tenant exclusivement à l'inertie vraie.

Lorsque les contractions sont rares, faibles, espacées, sans aucun effet utile, la présentation, bien qu'il n'y ait aucun obstacle, ne progresse pas.

ACTION DES PRODUITS OCYTOCIQUES.

Les contractions qui avaient cessé reprennent, sont plus rapprochées, plus efficaces et amènent la terminaison heureuse de l'accouchement. Elles peuvent devenir très violentes, tétaniformes, entraînant une envie irrésistible de pousser, alors qu'avant l'administration du produit, l'utérus était inerte, hypotonique.

Les contractions sub-intrantes entraînent malheureusement la rupture dans de nombreux cas. Un autre facteur intervient dans la production des ruptures utérines après injection d'extrait hypophysaire, c'est l'état du muscle utérin lui-même.

Chez les grandes multipares (et 87 % — Freund — à 97 % — Kolaczek — des ruptures se produisent chez des multipares) l'état du muscle utérin présente des altérations souvent très marquées qui auront deux conséquences :

1° de favoriser les contractions anormales.

2° de diminuer la résistance de la paroi utérine.

Dans l'une des observations de la thèse de Delteil, l'examen histologique de l'utérus a montré une sclérose d'une intensité considérable avec périartérite, en-

dartérite ; les lésions étaient généralisées à tout l'organe.

Il s'agit souvent d'altérations dues aux inflammations chroniques ou aiguës (métrites, syphilis, tuberculose, infiltration fibreuse). Lehman et Klob décrivent une dégénérescence des fibres utérines.

Simpson, Bandl, Braun, Dakin, Grynfeldt publient des observations où l'examen histologique révèle une dégénérescence grasseuse des fibres avoisinant la rupture. Pour Berneke, Ries, Velits, Thorn, il s'agit plutôt de dégénérescence hyaline de la fibre musculaire. Durhssen, Davidoff, Accouci ont attiré l'attention sur les lésions du tissu élastique de l'utérus.

La qualité des fibres utérines se trouve profondément modifiée; l'injection d'extrait hypophysaire, en demandant à ce muscle plus qu'il ne peut, amènera la rupture.

Suivant Doléris, la multiparité crée une véritable déchéance du système génital et constituera une prédisposition à la rupture.

En dehors de ces modifications portant sur la musculature du corps utérin, il existe chez ces grandes multipares, même lorsque les accouchements antérieurs semblent avoir été normaux, des lésions fréquentes du col et du segment inférieur. Il n'est pas rare que les déchirures du col remontant plus ou moins haut se soient produites. Ces déchirures ne se sont manifestées par aucun symptôme: lorsqu'elles se sont produites, elles n'ont intéressé qu'une partie de l'épaisseur de la paroi utérine et n'ont donné ni hémorragie, ni signes généraux.

Il faudra s'en méfier, a fortiori s'il y a eu antérieurement des accouchements dystociques, des extractions à dilatation incomplète.

Il est souvent extrêmement difficile au point de vue clinique, en présence d'un accouchement qui ne progresse pas, d'une dilatation qui reste stationnaire, de différencier une inertie utérine d'un début de contracture. Particulièrement chez la multipare, il n'est pas rare de voir une tendance à la contracture qui débute par une contracture localisée. Cela est très difficile à mettre en évidence ; la femme ne présente presque plus de douleurs, et c'est seulement au cours d'une de ces douleurs, si atténuée qu'elle pourrait passer inaperçue, qu'un examen minutieux de la forme de l'utérus révèle une irrégularité, une petite encoche qui siège soit au niveau du cou, soit au niveau du tronc ou des membres du fœtus.

Si dans ces cas on méconnaît une telle ébauche de contracture partielle, et que l'on porte le diagnostic d'inertie, les pires catastrophes peuvent se produire.

On a en effet trop tendance, devant un accouchement qui traîne, devant l'impatience de la malade et de son entourage, à essayer de hâter l'accouchement.

Le diagnostic d'inertie étant fait, la conclusion thérapeutique qui s'impose trop souvent est l'administration d'ocytocique. Dans ces cas, en raison de l'ébauche de contracture, on obtient soit une contracture généralisée avec mort du fœtus, soit une rupture utérine.

On devra particulièrement se méfier de ces tendances à la contracture chez la multipare qui accouche ha-

bituellement vite et dont le travail dure cette fois-ci trop longtemps.

Nous pouvons nous demander si dans le cas que nous rapportons il n'y a pas eu une erreur d'interprétation de l'arrêt du travail, et si une contracture n'a pas été prise pour de l'inertie.

Enfin, il est impossible de prévoir comment un utérus se comportera après l'injection d'extrait hypophysaire. Actuellement les produits ocytociques (et en particulier l'extrait d'hypophyse) sont mieux dosés qu'autrefois, on sait le nombre d'unités internationales que l'on injecte, mais ce que l'on ignore, c'est la façon dont réagira le muscle utérin. On ne doit donc jamais donner une dose d'hypophyse, surtout pour la première injection, de plus de 2 à 2 1/2 unités internationales. Si une telle dose est insuffisante, il faudra la répéter prudemment au bout d'un certain temps. Jamais on ne devra injecter en une fois le contenu d'une ampoule qui peut renfermer jusqu'à 10 unités.

CHAPITRE IV

IMPORTANCE DU SHOCK AU COURS DES RUPTURES UTERINES

Les malades dont les observations sont reproduites dans cette thèse et dont l'évolution s'est faite vers la guérison ne présentaient pas de signes de shock, ou tout au moins ceux-ci étaient très atténués.

Le shock est d'intensité variable dans les ruptures utérines. Il peut être presque inexistant dans les ruptures silencieuses, insidieuses. Il n'en est pas toujours ainsi, et le plus souvent il existe un état de shock très marqué. La femme peut mourir d'une syncope, que la perte de sang est loin d'expliquer ; en quelques instants, d'après Hubert, il se produit une sidération nerveuse sans qu'il y ait hémorragie.

La mort immédiate ou très rapide se produit dans 5 à 6 % des cas durant les deux premières heures, et 17 % de la deuxième à la douzième heure. On a invoqué différentes formes de shock : shock péritonéal, shock hémorragique, shock nerveux.

L'intensité du shock est souvent extrême. Le faciès est pâle, angoissé, le teint est blafard, les joues se creusent, les traits tirés, le nez pincé, les yeux excavés ; le corps de la malade est couvert de sueur, les muqueuses sont décolorées, la respiration superficielle, accé-

lérée, il existe des menaces continuelles de syncopes lipothymies, vertiges. Le pouls est très rapide, dépressible, filant, battant à 120-130, souvent incomptable, non perçu à la radiale, à peine à l'humérale.

La tension est basse : maxima à 8 ou 5. Ces deux signes sont très importants et manquant rarement.

La malade est bientôt prise de nausées, vomissements. L'agitation du début fait rapidement place à la torpeur, à la somnolence, la malade est très abattue, et son état est subitement devenu alarmant.

La mort paraît imminente.

Le shock domine toute la scène, et il est tellement important que le moindre traumatisme opératoire paraît devoir être fatal pour la malade.

D'après Sauvage, l'intensité du shock ne dépend pas de l'importance de la lésion, il y a des déchirures complètes et très étendues qui restent latentes et des lésions insignifiantes donnant lieu à des signes très accentués. Dans ces cas, la mort sera plus la conséquence du shock que de la rupture utérine elle-même.

Le traitement a malheureusement peu de prise sur un état d'une telle gravité.

Les toni-cardiaques, l'adrénaline, sont loin d'être d'un effet constant. Pour Sauvage, la transfusion sanguine serait le moyen le plus efficace pour lutter contre ces états particulièrement graves. En fait, la transfusion sanguine elle-même n'a pas beaucoup d'action sur les états de shock. Il sera cependant bon de la pratiquer avant d'opérer, d'autant plus que la rupture se sera accompagnée d'une certaine perte de sang.

Après la transfusion, le pouls est meilleur, mais cette amélioration est trop souvent passagère, le pouls peu de temps après s'accélère de nouveau et devient misérable, même en cas d'arrêt de l'hémorragie.

Ces états de shock posent un problème thérapeutique difficile à résoudre. Bien qu'il ne soit pas très satisfaisant d'opérer une femme dans un tel état, il peut être dangereux d'attendre plus, car on ignore si l'hémorragie ne continue pas, et d'autre part les risques de péritonite croissent d'heure en heure.

Le pronostic de la rupture utérine tient surtout à l'importance du shock.

Si la malade, dont nous avons rapporté l'observation au début de cette thèse, avait présenté un état de shock marqué, il est fort probable que la terminaison n'aurait pas été si heureuse.

Monsieur le Docteur Ravina nous a communiqué les observations de six ruptures utérines qu'il avait opérées récemment, avec quatre guérisons et deux décès.

Toutes ces malades ont été opérées dans les mêmes conditions c'est-à-dire peu de temps après la rupture et dans chaque cas, une transfusion sanguine avait été pratiquée. Les deux femmes qui sont mortes présentaient un état de shock considérable, alors que chez les autres, le shock était absent, elles avaient un faciès et un pouls à peu près satisfaisants.

CONCLUSIONS

1° La transformation de la présentation fœtale en une autre présentation est très rarement rencontrée dans les ruptures utérines, contrairement à la disparition de la présentation qui est la règle.

Cette modification de la présentation comporte un intérêt diagnostic et un intérêt médico-légal.

2° Les ruptures vésicales associées à la rupture utérine sont très rares. Elles sont graves. Le diagnostic en est surtout fait par le cathétérisme vésical. Elles nécessitent un traitement chirurgical qui consistera avant tout dans la suture de la vessie et dans un isolement de la grande cavité péritonéale .

3° Les produits ocytociques, même employés avec prudence et sans contre-indication apparente, sont extrêmement dangereux et ont de nombreuses ruptures utérines à leur actif.

4° Le pronostic de la rupture utérine est lié en grande partie à l'intensité du shock.

Vu .
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTINI. — *Thèse de Paris* 1922.
- AUDEBERT. — *Annales de Gynécologie et d'Obst.*, janvier 1916.
- AUVARD. — *Traité pratique d'Accouchements*, 1893.
- P. BALARD. — *La Puériculture*, 10 mars 1936. *La Puériculture*, n° XII, 25 mars 1936. *Concours Médical*, 13 septembre 1936.
- BAUDSON. — *Thèse de Paris*, 1910.
- BAZIN. — *Thèse de Lyon*, 1923.
- BLASART. — *Thèse de Paris*, 1899.
- BONNAL et SAUVET. — *Marseille Médical*, 10 déc. 1934.
- BONNAIRE. — *Archives de Tocologie* 1891.
- BRINDEAU et LEMELAND. — *Pratique de l'art des Accouchements*, t. 3.
- BUDIN et DEMBLIN. — *Manuel d'Accouchement*, 1904.
- BUE, PALLIEZ et GUERNEZ. — *L'Echo Médical du Nord*, 13 mai 1933.
- BROSSARD. — *Thèse de Paris*, 1889.
- CAILLAUX et TZELEPOGLOU. — *Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn.* 1922.
- Mlle CAO SI TAN — *Thèse de Paris*, 1926.
- CARTAUX. — *Gynécologie et Obstétrique*, avril 1936.
- CHENANT. — *Bulletin d'Obstétrique et de Gyn.*, 5 novembre 1921.
- J.-L. CHIRIE. — *Bull. de la Soc. d'Obst et de Gyn.*, 18 juillet 1921
- Ed. CHOME. — *Encyclopédie Médico-Chirurgicale Obst.*, p. 5.078.

- CLEISZ — P. M. C. Rupture de l'utérus gravide. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, février 1922.
- CLÉMENT. — *Thèse de Lyon*, 1925.
- COCQ et SNOECK. — *Bruxelles Médical*, 1^{er} janvier 1928.
- COUVELAIRE. — *Annales de Gynécologie*, 1906.
- DAMBIER. — *Thèse de Paris*, 1922.
- DELTEIL. — *Thèse de Paris*, 1924.
- DEVRAIGNE. — Cliniques Obstétricales. Rupture de l'utérus gravide. *La Pratique Médicale Française*, n° XIX, décembre 1934. *Presse Médicale*, 27 octobre 1934.
- DUBOUCHER et HANEL. — *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn.* 5 février 1922
- ECALLE. — Leçons du jeudi à la Clinique Tarnier, 1926.
- EMERY. — *Thèse de Lyon*, 1919.
- G. FIEUX. — *Annales de Gynéc. et d'Obstétr.*, 1916
- FLEURENT. — *Bull. de la Société d'Obst. et de Gyn.*, 7 mai 1921.
- FRUHINSHOLZ. — *Annales de Gynécologie*, mars 1906.
- GUILLOT. — *Thèse de Paris*, 1935.
- GUÉRIN, NALMAL, ROBIOLIS et GASTON. — *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 10 mai 1922.
- HUBERT. — Cours d'accouchement, 1904.
- ISTRIA. — *Thèse de Paris*, 1911.
- IVANOFF. — *Annales de Gynécologie* (août, septembre, octobre 1904).
- JUNG. — *Bull. de la Société d'Obst. et de Gynéc.*, 7 janvier 1922.
- KASSABGHI. — *Thèse de Montpellier*, 1926.
- A. LAFFONT-BONAFOS. — Ruptures utérines. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Obstétrique*, p. 5.079.
- LANTUÉJOUL et WALTER. — *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, février 1922.
- J. LIVAN. — *Thèse de Paris*, 1903.
- MARIOTTON. — *Thèse de Paris*, 1911.
- M. METZGER. — *Précis d'Obstétrique*.

MICKULICZ-RADSKI. — *Gynécologie et Obstétrique*, 6 juin 1936.

MONNIER. — *Thèse de Toulouse*, 1927.

MURARD. — *La Presse Médicale*, 27 octobre 1934.

NOLENS. — *Bruxelles Médical*, 27 novembre 1932.

PLANCHU. — *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 7 février 1921.

— *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.* 1922.

PLANES. — *Thèse de Bordeaux*, 1920.

POTOCKI — *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 13 novembre 1922.

RIBEMONT, DESSAIGNES et RUDAUX. — *Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pédiatrie*, avril 1904.

SANGUY. — *Thèse de Montpellier*, 1928.

SAUVAGE. — *Annales de Gynécologie*, mars 1914.

J. SCEMLA et E. BERNARD. — *La Pratique Médicale Française*, janvier 1936.

SEHEULT. — *The Lancet*, 17 juillet 1915, vol. C. L. XXXIX, p. 126.

SEJOURNET et BRAINE — *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.* du 8 mai 1922.

TARNIER et POTOCKI. — *De l'aseptie et de l'antiseptie en Obst.* 1894.

VERDEUIL et RASTIT. — *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.* 1921.

VIGNES et CHATAIN — *Concours Médical*, 18 nov. 1936.

VILLAR. — *Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, février 1895.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.	11
Observation.	13
<i>Chapitre I.</i> — Les modifications de la présentation au cours des ruptures utérines.	17
<i>Chapitre II.</i> — Les ruptures de la vessie au cours des ruptures utérines.	23
<i>Chapitre III.</i> — Le rôle des produits ocytotiques dans la production de certaines ruptures.	39
<i>Chapitre IV.</i> — L'importance du shock au cours des ruptures utérines.	47
CONCLUSIONS.	51
BIBLIOGRAPHIE.	53

